

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THESE

311
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André FAUQUET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE RENNES

Né le 14 avril 1896, à Dinard-Saint-Enogat (Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

SPLENO-PNEUMONIE

Président : M. BEZANÇON, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1923

311

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

118

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André FAUQUET

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE RENNES

Né le 14 avril 1896, à Dinard-Saint-Enogat (Ille-et-Vilaine)

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

SPLENO-PNEUMONIE

Président : M. BEZANÇON, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MEDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABRE
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	(ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAOUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	RETTERRER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIÉ	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ (A)
BLANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-ROYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCOQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABRE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON ONCLE, Monsieur DEGAS

A MA FEMME

A MES FRERES

ET

A LA MEMOIRE DE MON FRERE AINE

A MES BELLES-SŒURS

A MES NIECES ET NEVEUX

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le professeur FERNAND BEZANÇON

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

*En le remerciant du grand honneur
qu'il nous fait en voulant bien accep-
ter la présidence de cette thèse.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE RENNES

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

SPLENO - PNEUMONIE

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer mes études, c'est avec plaisir et regret que je regarde le chemin parcouru.

Jusqu'à ce jour, soutenu et guidé par des maîtres bons et attentionnés à mes pas, la route me fut facile.

Toute ma reconnaissance va aux maîtres de l'école primaire de Dinard qui m'apprirent à aimer le travail, l'ordre, à persévérer dans l'effort, à vouloir !

A mes maîtres du Collège de Saint-Servan qui par la discipline consentie qu'ils nous donnaient, me montrèrent qu'il faut avoir une règle dans la vie et savoir se conduire soi-même.

A mes maîtres de l'Ecole de Médecine de Rennes qui, depuis l'amphithéâtre d'anatomie jusqu'aux salles de clinique, m'ont toujours montré par leur enseignement clair, précis, s'efforçant toujours d'être à la portée de

l'étudiant, par leur exemple de conscience, de probité, par leur amour de l'art pour l'art, la beauté de la médecine, sa beauté à tous les points de vue.

A tous ceux qui m'ont dit : « Vois ce que l'on a fait ayant toi, vois ce que les générations médicales passées ont peiné, souffert parfois, travaillé toujours, pour arriver au point où nous en sommes ; comme nous, à tous ces immenses cerveaux du passé, sois reconnaissant et essaie, dans ta petite sphère, de faire ce qu'eux firent pour l'humanité. » A eux tous, merci !

Que ma reconnaissance aille plus particulièrement à Monsieur le Professeur Dayot, de qui j'eus l'honneur d'être pendant deux ans l'externe, puis l'interne. En première année, mon Maître m'initia à la pathologie chirurgicale, et ce fut toujours avec impatience qu'à l'hôpital j'attendis son arrivée pour le suivre, l'écouter, et m'efforcer de trouver dans ses paroles, toutes ces choses qu'un praticien de longue expérience a apprises, qu'il vous livre et qu'on ne trouve pas dans les traités.

Je remercie également MM. les D^{rs} Hardouin (P.), (1), Le Gall La Salle (2), Le Balle (3), qui furent les collaborateurs de notre Maître. Ils me firent aimer, admirer la chirurgie, et l'œuvre chirurgicale, je les en remercie.

Ma dernière année d'internat se passe dans le service de M. le Professeur Follet, Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rennes. Je ne saurais lui être trop reconnaissant de son enseignement aux larges

(1) Professeur à l'Ecole de Médecine de Rennes.

(2) Chef de Clinique Chirurgicale.

(3) Chirurgien assistant des Hôpitaux de Rennes.

vues embrassant les horizons de la pathologie. Avec science, finesse, perspicacité, il m'a conduit sur le terrain mouvant de la clinique médicale, où, trop souvent, sans un guide averti, j'aurais risqué de m'enliser. De son enseignement, de ses conseils, de l'amour de la médecine qu'il inculque à ses élèves et qu'il m'a donné, je le remercie vivement.

Cette année, dans le service de M. le Professeur Follet, M. le Professeur Bourdinière enseigna plus particulièrement l'hygiène et la prophylaxie des maladies contagieuses ; M. le Professeur Quentins s'attacha à la pathologie du tube digestif ; M. le Professeur Huchet eut mission d'enseigner la thérapeutique. Je tirai profit de leur enseignement, je les en remercie.

A M. le Docteur Pellé, chef de clinique médicale, qui fut pour moi un guide éclairé, qui me montra qu'il ne faut jamais piétiner, mais avoir toujours l'esprit ouvert aux choses nouvelles, qui m'inspira cette thèse et me guida dans sa rédaction, toute ma reconnaissance et mes remerciements.

Je laisse derrière moi le chemin facile, et il me va falloir avancer par mes propres moyens. J'espère, je veux, malgré les difficultés de la vie, être le vrai médecin, le médecin tel que je le comprends : je m'efforcerai d'apporter là où j'irai, la guérison quelquefois, le soulagement souvent, la consolation toujours.

Fais ce que dois, advienne que pourra.

INTRODUCTION

Plusieurs fois, dans le cours de nos études, nous avons été en présence de spléno-pneumonies, et actuellement encore, dans le service de notre Maître, M. le Professeur Follet, nous observons un jeune homme, dont nous rapportons l'observation, présentant ce syndrome.

Nous croyons cette maladie fréquente, les observations dues à l'obligeance de M. le Docteur Pellé, que nous reproduisons, recueillies dans un temps relativement court, les très nombreux cas que nous avons retrouvés dans les communications de divers auteurs, nous confirment dans notre opinion. Et nous avons été surpris du peu de place que l'on consacre à cette affection dans les précis de pathologie, alors qu'elle nous semble mériter un plus grand développement.

Dans les traités, en effet, on se borne le plus souvent, à décrire en quelques lignes, les principaux signes de la maladie. De quel intérêt ne serait-il pas, d'en montrer l'étiologie, en spécifiant, les espèces microbiennes variées qui peuvent être en cause ; les formes cliniques ; les affections qui peuvent en prendre le masque ; celles enfin

dont il faut la différencier, la méconnaissance de la spléno-pneumonie pouvant en effet entraîner des erreurs de diagnostic graves. C'est ainsi que dans deux observations que nous rapportons, on a inutilement recouru à l'intervention chirurgicale.

Nous voudrions dans cette étude, après avoir décrit la symptomatologie de la maladie, après avoir indiqué les recherches de laboratoire auxquelles on devra se livrer et les résultats qu'elles donneront, après avoir montré son évolution habituelle, ses formes cliniques, aborder le pronostic.

Nous nous efforcerons de montrer que le pronostic est extrêmement variable ; fonction de l'étiologie, fonction du microbe causal. En effet, parfois, après lavage des crachats suivant la méthode de M. le Professeur Bezançon, on trouvera du pneumocoque pur ou associé, dans un autre cas, le bacille de Koch sera identifié. L'avenir de chacun de ces malades ne sera pas le même, et le clinicien devra se baser sur les recherches microscopiques effectuées pour donner à son pronostic une base aussi sûre que possible. Toutefois, nous ne croyons pas que même en l'absence du B. K. dans l'expectoration, l'origine tuberculeuse de l'affection puisse être sûrement rejetée, et au chapitre du diagnostic, lorsque nous aborderons celui de la « spléno-pneumonie et de la tuberculose pulmonaire évolutive », nous nous efforcerons de montrer la ligne de conduite que l'on doit suivre, à l'appui de cette règle, nous donnerons une observation probante due à M. le Professeur Bezançon.

Nous envisagerons ensuite le diagnostic ; au début de

chaque paragraphe, nous donnerons des observations dans lesquelles, la maladie qui nous occupe n'a pas été diagnostiquée, par exemple au début du paragraphe « spléno-pneumonie et pleurésie aiguë sero-fibrineuse », nous rapportons deux observations dues à M. le Docteur Pellé, dans lesquelles deux malades atteints de spléno-pneumonie, sont envoyés à l'hôpital avec le diagnostic de « pleurésie aiguë séro-fibrineuse ». Nous considérerons successivement le diagnostic de la spléno-pneumonie avec : les pleurésies aiguës séro-fibrineuses, les pleurésies purulentes enkystées ; la tuberculose pulmonaire évolutive ; la pneumonie lobaire aiguë franche ; les collections sous-diaphragmatiques. Nous nous efforcerons chaque fois que cela nous sera possible, de nous baser sur les observations pour faire ressortir les signes différentiels, enfin, en terminant chacun de ces exposés, nous essaierons de résumer en quelques mots la marche que l'on devra suivre, pour arriver au diagnostic.

SYMPTOMATOLOGIE

Il semble que le début de la spléno-pneumonie puisse remonter à plusieurs mois avant que l'on voie les accidents qui en apparence inaugurent la maladie. L'observation III et notre observation personnelle montrent en effet que chez l'un des malades, un point de côté fut ressenti — et traité d'ailleurs — trois mois avant l'entrée à l'hôpital; chez l'autre, nous retrouvons ce même symptôme quatre mois avant le début de la maladie.

Puis, sans que le moindre malaise puisse faire prévoir les accidents, brusquement, le malade est pris d'un point de côté, ce point de côté est violent, très douloureux, exacerbé par la toux et les mouvements respiratoires. Il siège en général à la base du thorax; parfois, au lieu d'être limité à un point, il occupe tout un hémithorax; on en trouve un exemple dans l'observation I de la thèse de Ducatillon.

Sa durée est variable, de quelques heures (obs. personnelle) à plusieurs jours, puis il disparaît peu à peu.

Mais dans le cours de la maladie, quelquefois sans cause appréciable, ou « lors d'un changement de temps, disait notre petit malade », à la suite d'une sortie trop hâtive (obs. III), la douleur reparaît avec les mêmes caractères, pour disparaître de la même façon.

Ce symptôme semble dû à un état congestif pulmonaire. Chez notre malade, chaque fois que le point de côté se montre dans le cours de la maladie, l'expectoration sanglante ou rosée fait place à des crachats mucopurulents. Il paraît dans ce cas y avoir relation de cause à effet, et nous imaginons très bien ce poumon en état de congestion ouverte et alors indolore, devenant douloureux quand la congestion se ferme si nous osons employer cette image.

Avec le point de côté apparaissent des frissons répétés avec claquements de dents, pouvant durer plusieurs jours.

La fièvre est intense, au voisinage de 40°.

La dyspnée est variable, mais elle ne manque jamais. Elle peut être légère, comme chez notre petit malade, qui ne peut courir parce qu'il s'essouffle, mais qui au repos et en dehors des périodes où le point de côté le gêne, n'est pas incommodé dans sa fonction respiratoire. Elle peut donc être légère, ce qui est rare, ou aller jusqu'à l'orthopnée, avec tous les signes concomittants (obs. IV). En général, cette dyspnée dure peu et disparaît petit à petit, comme le point de côté, pour revenir avec lui s'il se montre à nouveau.

Enfin, en même temps que les signes précédents apparaît la toux. En général, cette toux est sèche, à caractère spasmodique, quinteuse ; lorsque nous primes notre observation, nous fîmes notre petit malade préciser : « Des quintes de toux comme dans la coqueluche, nous dit-il. »

Bientôt cette toux s'accompagne d'expectoration, ce

sont des crachats blancs, gommeux, visqueux, adhérents au vase.

Ces phénomènes peuvent être accompagnés de symptômes généraux : céphalée, perte d'appétit, embarras gastrique, sueurs nocturnes.

Il est rare, qu'à ce moment, le malade, en présence de ces signes alarmants, ne voit pas son médecin.

En inspectant le sujet, on note souvent peu de chose, seul le nombre des mouvements respiratoires est augmenté, et parfois l'ampliation thoracique est moindre du côté malade, mais généralement il n'existe aucune déformation du thorax.

A la percussion, du côté malade, les signes sont variables, prenons-les d'abord en arrière :

Parfois, il y aura matité sur toute la hauteur de l'hémithorax, matité uniforme, sans nuance perceptible.

D'autres fois, on trouvera une matité uniformément dégradée de la base vers le sommet, ce dernier étant submat.

Enfin, dans un dernier cas, on peut trouver à la matité une limite supérieure horizontale, située en général vers les 2/3 supérieurs du poumon, mais cette limite entre la matité et la sonorité n'est pas nette, frappante comme lors d'un épanchement purulent libre, par exemple.

A noter qu'ici, on trouvera quelquefois une sonorité exagérée au sommet.

M. le Docteur Caussade a remarqué dans un cas de spléno-pneumonie à forme prolongée que la percussion forte donne une matité de bois, mais que si l'on percute

légèrement le thorax, sur un seul doigt, on a une sensation d'élasticité de la paroi qui n'existe pas dans la pleurésie, à moins qu'elle ne soit à très faible épanchement.

En avant, la zone sous-claviculaire peut être mate ou sub-mate, quelquefois, on y trouve du skodisme. Le plus souvent l'espace semi-lunaire de Traube a sa sonorité normale.

La percussion du poumon sain, révèle une sonorité normale ou légèrement augmentée en avant et en arrière.

A la palpation, pendant que le malade compte à voix haute, on trouve du côté malade les vibrations thoraciques, diminuées ou abolies dans les zones de matité, réapparaître petit à petit lorsque la main se rapproche des zones où la percussion avait donné de la sub-matité ou du skodisme.

Du côté sain, les vibrations thoraciques sont perçues normalement.

A l'auscultation, du côté malade, dans les zones de matité, le plus souvent l'oreille trouve le silence absolu. Toutefois, dans certains cas, après avoir fait tousser le malade, violemment à plusieurs reprises, on peut avec beaucoup d'attention entendre quelques petits râles très fins, lointains, apparaissant un jour pour disparaître le lendemain. Dans d'autres cas, il peut y avoir une légère réaction pleurale, et dans les inspirations profondes, on pourra percevoir, toujours dans la zone mate, de très légers bruits de frottements, brefs, superficiels, sous l'oreille (obs. personnelle).

Au-dessus de la zone silencieuse, là où, à la percussion, la sub-matité commence à remplacer la matité, ou, si tout le poumon est mat, en un lieu quelconque, plutôt au voisinage du hile, on entendra un souffle.

Ce souffle est tubaire ou pleurétique, parfois il tient de ces deux caractères, le plus souvent il est expiratoire, quelquefois net, d'autres fois difficilement perçu. Il est stable d'un jour à l'autre. Il présente fréquemment la caractéristique importante d'être entendu sur une assez grande hauteur du poumon.

Dans quelques cas, au lieu de perception du souffle, en faisant tousser le malade, on pourra percevoir des râles.

En ce même point, à l'auscultation de la voix haute, on entendra de la broncho-égophonie, et la voix basse donnera une pectoriloquie aphone nette, ces deux signes sans caractères particuliers.

En auscultant plus haut vers le sommet, on entendra petit à petit le murmure vésiculaire réapparaître et dans certains cas, on pourra avoir une respiration de suppléance.

L'auscultation du poumon sain montrera, ce qui est à prévoir, une respiration de suppléance, rude, forte, puérile.

A l'examen des autres appareils, on ne trouvera chez l'individu sain, rien autre que les signes de la réaction générale de l'organisme envers le processus morbide, réaction variable d'ailleurs avec chacun.

Notons ici deux signes à rechercher particulièrement.

Lorsque le poumon gauche est malade, on ne trouve pas de déplacement du cœur vers la droite.

De même si le poumon droit est atteint, le foie n'est pas abaissé.

Ponctions exploratrices. — En présence de ces signes physiques, tout naturellement on sera entraîné à faire une ponction.

On ne trouvera rien ou une sérosité sanguinolente, aérée. Que l'on fasse l'examen histobactériologique de cette sérosité, et on lui trouvera les caractères microscopiques que nous indiquons plus loin pour l'expectoration.

Examen des crachats. — On examinera des crachats, préalablement lavés à l'eau physiologique suivant la méthode récente de M. le Professeur Bezançon.

Après frottis, on fera un Ziehl et un Gram.

Ces examens seront répétés très souvent pendant le cours de la maladie, et on ne manquera pas de faire de très fréquentes homogénéisations.

Le plus fréquemment on trouvera : Des cellules alvéolaires ; Du mucus hyalin ; Des pneumocoques purs ou associés à des staphylocoques et streptocoques.

Parfois, l'observateur patient et persévérant aura la satisfaction de trouver du Bacille de Koch, ce qui sera de la plus haute importance.

Dans un cas rapporté par M. le Dr Caussade, on voyait au début, dans l'expectoration, un microbe en diplostrepto, à l'état pur, ayant les caractères et les affinités tinctoriales de l'enterocoque.

Par une coloration au bleu polychrome de Unna, après

fixation à l'acide chromique suivant la technique du professeur Bezançon et de S. I. de Jong, on verra des gouttelettes séro-albumineuses colorées en bleu.

Cultures. — On pourra faire des cultures sur divers milieux, si l'on est entraîné aux pratiques délicates du laboratoire, et si les circonstances matérielles le permettent. En général, les cultures seront faites sur gélose et sur bouillon. On trouvera le plus souvent la faune rencontrée dans les crachats. Ces cultures seront surtout utiles, si l'on veut faire pour le malade un auto-vaccin.

Inoculations. — On pourra inoculer à la souris, au lapin, au cobaye, les crachats purs, les produits de ponction ou les divers microbes isolés par culture et repiquages.

L'observation des animaux en expérience permettra de juger de la virulence des microbes en cause, de suivre l'évolution de cette virulence au cours de la maladie.

Il pourra d'autre part être nécessaire de les sacrifier pour examiner les lésions qu'ils seront susceptibles de présenter.

L'inoculation au cobaye est particulièrement recommandable et nécessaire, intéressante, comme pouvant démontrer l'origine tuberculeuse de la maladie, bien que nous nous empressons de le dire, l'absence de lésion spécifique à l'autopsie de l'animal ne pourra permettre de conclure que le B. K. n'est pas en cause.

Examen radioscopique. — Devant l'écran on voit :

Soit une opacité totale du poumon atteint, parfois dégradée vers le sommet, souvent sans limites nettes, (obs.

VII), d'autres fois, avec un soupçon de limite de l'opacité à caractère hépatique de la base.

Soit un opacité homogène, limitée à la base, à limite supérieure pouvant être horizontale, (obs. II), convexe vers le haut (obs. XIV), concave vers le haut, suivant le type de la courbe de Damoiseau (obs. I), le reste du poumon étant aéré.

Les mouvements du diaphragme peuvent être conservés ou abolis (obs. XIII), le contour du diaphragme est souvent peu net.

Le sinus costo-diaphragmatique peut être opaque (obs. XIII), ou clair (obs. IX).

On note qu'il n'y a pas de déplacement du cœur et du médiastin, ni du foie.

EVOLUTION

Reprenons rapidement les signes de l'affection dans le même ordre.

L'évolution de la spléno-pneumonie est lente, variant le plus souvent entre deux et six mois.

Nous ne reviendrons pas sur l'évolution du point de côté et des frissons sur lesquels nous nous sommes suffisamment étendu au début.

La fièvre persiste pendant des semaines, oscillant suivant une courbe irrégulière.

La dyspnée s'améliore très rapidement, dès le début et disparaît en quelques jours, toutefois, elle peut réapparaître, et pendant tout le cours de la maladie, le patient y demeure sujet.

La toux n'est pas continue, mais revient par quintes pénibles, douloureuses, fatigantes.

L'expectoration, d'abord absente, apparaît à une époque variable, nous avons décrit ses caractères habituels, elle est généralement très abondante, bien que variable dans sa quantité quotidienne, puis vers la fin de la maladie, elle diminue et se tarit.

Le malade, alité, mangeant peu, dormant mal, épuisé par la toux et les sueurs nocturnes, vomissant fréquemment, se cachectise, et cependant, à moins de complica-

tion, lors de la convalescence, il reprend rapidement forces et embonpoint pour revenir à son état primitif.

Pendant un à deux mois, les signes sthétacoustiques se maintiennent sans modifications appréciables.

Puis la percussion montre que la zone de matité diminue de haut en bas, mais longtemps après la guérison, on percevra à la base une zone de sub-matité.

A la palpation, la main perçoit la réapparition des vibrations thoraciques dans le même sens.

A l'auscultation, toujours de haut en bas, le murmure vésiculaire réapparaît petit à petit, mais il est accompagné de gros râles humides produits par le barbottement de l'air dans le macma qui pendant longtemps a encombré les alvéoles et maintenant se liquéfie pour être bientôt totalement expulsé.

Le souffle lui-même disparaît petit à petit, mais même alors qu'il n'existera plus à proprement parler, longtemps, le murmure vésiculaire conservera un timbre amphorique.

La bronchophonie et la pectoriloquie aphone disparaissent après le souffle.

Pendant le cours de la maladie, l'expectoration ne varie pas dans ses caractères macroscopiques et microscopiques.

Les examens radioscopiques répétés montrent que l'opacité pulmonaire diminue peu à peu de haut en bas, suivant en cela le retour progressif de la respiration à ses caractères sthétoscopiques normaux.

Toutefois, longtemps après la guérison, il persiste

à la base du poumon une ombre opaque (obs. I de la Thèse de Ducatillon, obs. XIII).

Les ponctions, les cultures, les inoculations donneront pendant tout le cours de la maladie, les résultats déjà énoncés.

PRONOSTIC

Si nous recherchons dans les travaux anciens et modernes la façon dont les auteurs ont envisagé l'avenir des malades, guéris de spléno-pneumonie, nous voyons que nous pouvons diviser l'évolution des opinions en trois périodes.

Dans une première phase, avec Grancher (obs. III), le pronostic lointain est considéré comme très sérieux, cet auteur, craignant avoir derrière le syndrome spléno-pneumonie, maladie aiguë, la diathèse tuberculeuse.

Dans la deuxième phase qui court jusqu'à ces dernières années, on voit généralement dans la spléno-pneumonie, une maladie aiguë, le plus souvent une pneumococcie, on rejette la présence du bacille de Koch et le pronostic lointain est bon, le malade guérit, et l'on considère que la guérison est complète, j'en citerai comme exemple l'opinion de M. Rendu, qui discute et rejette l'origine toujours tuberculeuse de la spléno-pneumonie, lors de la lecture d'une observation de MM. Caussade et Ch. Laubry, à la Société Médicale des Hôpitaux en 1899.

Maintenant, avec M. le Professeur Bezançon, on re-

vient aux idées du Professeur Grancher; et P. Deberdt, dans sa thèse, se montre très réservé dans ses conclusions ; pour lui, malgré des recherches microscopiques, des ensemencements, des inoculations au cobaye répétés, souvent, on ne trouve pas de B. K., mais « malgré tout, dit-il, le pronostic lointain de ces malades, devra à notre avis être toujours réservé. »

D'autre part, M. le Professeur Bezançon, dans un article récent sur les congestions pulmonaires, dit : « Des cortico-pleurites éphémères, ou durant quelques jours, se voient dans la véritable grippe épidémique et y sont même fréquentes. En revanche, nous croyons qu'il faut être très prudent avant de ranger définitivement dans les accidents pneumococciques les congestions pulmonaires traînantes et les spléno-pneumonies. On croit souvent à la nature non tuberculeuse de ces accidents à cause de l'acuité du processus, et ultérieurement, on s'aperçoit que la guérison n'est pas complète, nous connaissons des observations où deux ou trois ans après un processus de cet ordre qui avait paru non tuberculeux, on observa dans cette même région du poumon des signes de tuberculose ouverte. Dans les observations mêmes de Grancher, on voit survenir des hémoptysies. Dans deux cas de spléno-pneumonie en apparence non tuberculeuse, avec expectoration non bacillifère, apparurent plus tard chez l'un de nos malades une tuberculose génito-urinaire, puis une tuberculose pulmonaire évoluant, chez l'autre un Mal de Pott ».

Il est indéniable, M. le Professeur Bezançon nous le montre, et nous aurons plus loin le plaisir de citer une

observation de lui qui le prouve surabondamment, que des spléno-pneumonies en apparence bénignes sont réellement de nature tuberculeuse et comportent par conséquent le pronostic très réservé de toute tuberculose.

Par contre, il nous semble que dans d'autres cas, le B. K. ne soit pas en cause, bien qu'il ne puisse jamais être sûrement rejeté, et que le pneumocoque pur ou associé soit seul à incriminer. Au chapitre du « Diagnostique », paragraphe « Spléno-pneumonie et tuberculose pulmonaire évolutive », nous nous proposons de rapporter deux observations dues au Docteur Pellé, où chez des malades à passé chargé, ont évolué des spléno-pneumonies, sans que l'on put jamais retrouver de B. K., dans l'expectoration. Ces malades ont guéri, le Docteur Pellé les suit depuis deux ans, ils n'ont jamais fait aucun accident et jouissent d'un parfait état de santé.

D'autre part, nous savons que parfois, derrière elle, la spléno-pneumonie cache un abcès peu volumineux de l'interlobe, et que cet abcès, malgré toutes les recherches, ne sera pas toujours trouvé à l'examen clinique, que dans l'évolution de la maladie, il donnera lieu à une infime vomique qui passera inaperçue. Or, nous savons aussi que ces abcès peuvent avoir leur origine dans une infection microbienne quelconque et pas fatalement tuberculeuse, dès lors, le pronostic dans ces cas ne saurait être le même que dans une affection sûrement bacillaire.

Pour nous, dans la spléno-pneumonie, le pronostic sera fonction de l'étiologie, fonction de l'infection microbienne causale. Seule, la certitude de la cause tuberculeuse peut imposer le pronostic habituel de la tu-

berculose. Dans les autres cas, lorsque par tous les moyens dont nous disposons actuellement, nous n'aurons trouvé que le pneumocoque chez notre malade, notre pronostic sera réservé, mais, nous ne craignons pas particulièrement de voir chez notre malade, évoluer dans un avenir plus ou moins lointain une affection à bacille de Koch.

DIAGNOSTIC

Comme nous le disions dans l'introduction à cette étude, la spléno-pneumonie est souvent d'un diagnostic difficile, non seulement elle peut être simulée par une autre affection ou la simuler, mais elle peut, existant réellement au point de vue clinique, étant prouvée par tous les examens et recherches de laboratoire, cacher derrière sa façade une autre entité morbide qui pourra quelquefois se dévoiler au cours de l'évolution, mais qui dans d'autres cas restera entièrement cachée à l'observateur le mieux averti et le plus minutieux, usant de tous les moyens que l'état actuel de la science met à sa disposition.

Quelles difficultés presque insurmontables pour le praticien de campagne !

Nous voudrions dans ce chapitre, en nous basant le plus souvent possible sur les observations que nous rapporterons, indiquer quelques diagnostics différentiels et montrer sur quels signes il faudra s'appuyer pour arriver à les faire.

SPLENO-PNEUMONIE ET PLEURESIE AIGUE SERO-FIBRINEUSE

Obs. I., due à l'obligeance du Dr PELLÉ.

J. H..., 22 ans, cultivateur, sans antécédents héréditaires, ni personnels,

Début le 20 octobre 1921, point de côté violent à gauche, frissons, dyspnée, toux brève et sèche, expectoration nulle pendant la première semaine. Température variant entre 39 et 40°.

L'examen physique montre tous les signes d'un épanchement pleural, diminution de l'expansion respiratoire du côté gauche, abolition des vibrations, matité, abolition du murmure vésiculaire dans le 1/3 inférieur du poumon gauche. Souffle pleurétique, égophonie, pectoriloquie-aphone, quelques râles sous-crépitaux fins.

Plusieurs ponctions effectuées à des jours différents ont toujours été négatives.

L'examen radioscopique a montré une ombre marquant le contour du diaphragme et s'étendant sur le 1/3 inférieur du poumon. La limite supérieure un peu floue, présente à peu près la forme d'une courbe de Damoiseau.

L'examen bactériologique n'a jamais décelé de B. K.

Evolution. — La température diminue le 8^e jour pour redevenir normale le 18^e jour ; les symptômes physiques s'améliorent ainsi que l'état général. La guérison est à peu près complète au bout de six semaines.

Obs. II., due à l'obligeance du D^r PELLÉ.

Antoinette G., 14 ans.

Hospitalisée avec le diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse.

Début le 19 septembre 1921 : point de côté à la base droite, plus gênant que douloureux. Toux sèche, dyspnée progressive, perte d'appétit, embarras gastrique, pas d'expectoration,

La température est peu élevée : 38-38°5.

On rencontre ici encore les signes d'un épanchement pleural moyen.

La radioscopie montre une opacité du 1/3 inférieur du

poumon droit avec limite supérieure à peu près horizontale.

Trois ponctions exploratrices n'ont donné qu'une sérosité rougeâtre avec quelques bulles d'air.

L'évolution est lente, mais tous les symptômes ont disparu à peu près complètement au bout de deux mois.

Le Dr Pellé ajoute : « Dans ces deux cas, identiques comme évolution, il semble qu'on ait obtenu la guérison ; l'état général est devenu excellent et il se conserve tel depuis deux ans. »

Obs. III. Résumée. Tirée du Mémoire du Pr GRANCHER.

R..., 24 ans.

Au mois d'avril 1883, se plaint de souffrir d'un violent point de côté gauche, vient à la consultation de l'hôpital Necker, où on le traite. Le point de côté cède, le malade reprend son travail, mais dans les grandes inspirations, les efforts, il souffre toujours au niveau de la première côte.

Ni toux, ni crachats.

Le 12 juillet, R... reçoit une ondée. Le soir le point de côté se fait sentir, toujours à gauche, accompagné de frissons et de dyspnée.

Le 18 juillet, le malade rentre à l'hôpital Necker. A l'entrée, la température était de 38°4.

Le 19, les élèves examinant le malade, trouvent de la matité dans toute la partie gauche et inférieure du thorax, et tous les signes physiques d'une pleurésie, tel est le diagnostic.

« Cependant, malgré la constatation formelle des signes qui précèdent, dit le professeur Grancher, je garde par devers moi cette opinion que la plèvre était saine, et qu'un état pathologique du poumon était la seule cause de tous les symptômes. »

M. Rigal, consulté, pense à une congestion pulmonaire

avec léger épanchement et pratique une ponction exploratrice négative.

Le 20 et 21, le professeur Grancher pratique, lui-même deux nouvelles ponctions. Elles ne ramènent qu'un peu de sang avec quelques bulles d'air.

Le 22, le professeur Potain, consulté, dit qu'il n'eût pas hésité à admettre une congestion pulmonaire accompagnée d'une petite couche de liquide si les ponctions n'avaient été négatives.

La maladie évolue rapidement vers la guérison, quand le 26 juillet, R... sort sans permission, d'où rechute, et le 27, on constate le retour complet des signes du début.

Après quelques jours, l'état du malade s'améliore, et il quitte le service le 29 août, sans avoir jamais présenté à l'auscultation le moindre frottement pleurétique.

Le professeur Grancher termine : « J'ai revu le malade deux fois un et deux mois après sa sortie de l'hôpital, et les signes de congestion diffuse et générale du poumon gauche, persistaient, ce qui ne laisse pas de me préoccuper pour l'avenir.

Nous rapportons plus loin deux observations (IX et XI), où le diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse avait été porté.

Voici donc cinq cas, quatre dans lesquels le diagnostic de pleurésie avait été fait et un dans lequel des maîtres éminents se sont trompés ou avouent qu'ils auraient pu le faire.

Pour nous, la règle doit être absolue, en présence d'un syndrome pseudo-pleurétique, on ne doit jamais se prononcer avant d'avoir éliminé la pleurésie.

Déjà, à l'inspection, on notera l'absence de déformation thoracique. En général, il n'y a pas d'augmentation de volume dans la spléno-pneumonie, mais dans la pleu-

résie, le thorax peut être normal et même dans certains cas rétracte (thorax paradoxal, décrit par notre maître le professeur Follet). Le signe du cordeau de Pitres n'existe pas dans la spléno-pneumonie, il n'existe pas toujours dans la pleurésie.

Dans la pleurésie, on ne trouvera pas l'expectoration gommeuse que nous avons décrite.

A la percussion, on notera qu'il n'y a pas dans la spléno-pneumonie une limite nette entre la matité et la sonorité comme dans la pleurésie. En outre, le docteur Caussade indique, nous l'avons mentionné, qu'à la percussion légère dans la zone mate, on trouve dans la spléno-pneumonie, une sensation tactile d'élasticité de la paroi qui n'existe pas dans la pleurésie.

L'espace de Traube est sonore dans la spléno-pneumonie gauche, bien qu'exceptionnellement on a pu le trouver mat, mais on sait que dans les pleurésies à faible épanchement l'espace semi-lunaire peut avoir conservé sa sonorité.

A la percussion du cœur et du foie, dans les spléno-pneumonie, on trouve que ces organes ont conservé leurs rapports normaux avec le squelette, mais dans les pleurésies, l'un peut ne pas être dévié, l'autre ne pas être abaissé.

Pour ces derniers signes, il faudra rapporter les renseignements recueillis à l'importance apparente de l'épanchement, et voir s'il y a concordance. Sinon, songer au syndrome pseudo-liquidien.

A l'auscultation, les signes sont les mêmes dans les deux affections. Toutefois, on pourra essayer en faisant

tousser le malade, de percevoir dans la zone de silence les petits râles que nous avons décrits avec leurs caractères, enfin, parfois on entendra les légers frottements pleuraux dont nous avons parlé, deux symptômes qui n'existent pas dans la pleurésie avec épanchement.

En somme, tous ces signes différentiels sont infidèles, et ceux qui pourraient avoir une grande valeur sont inconstants et difficiles à rechercher.

En présence d'un malade, présentant un syndrome pleurétique, n'hésitons pas, pratiquons une ou plusieurs ponctions exploratrices à des niveaux et à des profondeurs différentes. Si nous retirons du liquide, c'est une pleurésie. Sinon, la preuve de l'absence d'épanchement n'est pas faite, n'oublions pas que nous pouvons être en présence d'une pleurésie bloquée et ponctionnons avec deux aiguilles, suivant la méthode de MM. H. Dufour, Mosny et Malloizel.

L'absence de liquide élimine une pleurésie, et nous sommes en présence d'un syndrome pseudo-pleurétique, peut-être d'une spléno-pneumonie.

Remarquons ici, combien il est curieux de voir, que généralement, on s'applique à rechercher le plus possible de signes différentiels entre la pleurésie et la spléno-pneumonie, évidemment, la chose n'est pas inutile, mais l'on sait combien ces signes sont infidèles. Il est si facile, en présence du syndrome pleurétique, de recourir à la ponction exploratrice capillaire, simple, sans danger, et qui donne à coup sûr le diagnostic dans la seringue.

La spléno-pneumonie soupçonnée pourra encore être

vérifiée à la radio ; nous en avons indiqué les caractéristiques.

Si la limite supérieure de l'opacité semble très nette, si elle affecte la forme d'une courbe de Damoiseau, faisons pencher le malade ; dans la pleurésie, le niveau opaque changera, dans la spléno-pneumonie, il sera invariable de forme et de direction.

Enfin, si l'on veut, on pourra facilement répéter la ponction exploratrice à la lumière de l'écran.

Concluons. En pratique, ne jamais affirmer une pleurésie avant d'en avoir fait la preuve par le liquide retiré.

En clientèle urbaine, ne jamais annoncer à la famille que l'on va retirer du liquide avant de s'en être assuré par ponction exploratrice.

SPLENO-PNEUMONIE

ET PLEURESIE PURULENTE ENKYSTÉE

Nombreuses sont les observations démontrant que la pleurésie purulente enkystée peut prendre le masque de la spléno-pneumonie.

Nous empruntons à divers auteurs, les éléments qui nous sont nécessaires et ici, nous citerons notre observation personnelle pour laquelle, bien que la preuve n'en soit pas faite, nous croyons à une pleurésie purulente enkystée, derrière une spléno-pneumonie. (1)

(1) Ceci fut écrit avant la vomique qui vint confirmer notre diagnostic.

Obs. IV. Résumée. Tirée de la Thèse de Ducatillon

Mlle X..., 17 ans, sans antécédents héréditaires ou collatéraux.

Est prise brusquement le 17 décembre 1907 d'un violent point de côté nécessitant la morphine et d'une dyspnée très intense (40 mouvements respiratoire à la minute).

Le 13^e jour de la maladie, défervescence brusque de la température à 37°5 où elle se maintiendra jusqu'au 2 janvier pour remonter ensuite et toujours osciller entre 38° et 39°.

Ce 30 décembre, jour de la défervescence, on note une expectoration plus abondante.

Le 2 janvier, la percussion montre une augmentation de la matité ; des râles muqueux sont perçus sur toute la hauteur du poumon gauche.

Pas de souffle.

Le 30 janvier, souffle interscapulaire. Ponction négative. Pneumocoques dans les crachats.

Le 18 février, la malade a maigri, présente un mauvais aspect général, le rythme cardiaque tend vers la cadence fœtale, on songe à la bacillose sans toutefois jamais avoir trouvé de B. K. dans les crachats et avec ophtalmo-réaction négative.

On remarque ce jour à la partie moyenne du poumon gauche un souffle tubaire accompagné de râles muqueux cavernuleux. La malade expectore des crachats fétides.

Le 23 février, nombreuses quintes de toux coqueluchoïdes pénibles et vomique. Cette vomique se répétera tous les matins jusqu'au 13 mars, l'expectoration étant presque nulle dans le reste de la journée.

A cette date (13 mars), les signes stéthoscopiques surajoutés ont disparu, la percussion donne une sonorité normale.

La température est à 37°9 et décroîtra désormais lentement, l'état général s'améliore et en mai la malade est con-

sidérée comme guérie avec persistance d'une légère submatité à la base gauche et obscurité radioscopique correspondante.

Obs. V. Résumée. Ardin Delteil et Raynaud.

Il s'agit d'une femme ayant présenté un syndrome pseudo-pleurétique.

Ponction exploratrice négative, on diagnostique une spléno-pneumonie.

Mais au bout d'un mois; vomique et une ponction profonde au niveau de l'interlobe permet de retirer du pus.

Obs. VI. Ardin Delteil et Raynaud.

Il s'agit d'une femme ayant présenté le même syndrome pseudo-pleurétique, elle entre à l'hôpital le 20 août.

Des ponctions exploratrices superficielles et profondes, répétées jusqu'au 13 octobre sont négatives.

Le 30 septembre, la malade qui jusque-là n'avait pas expectoré se met à cracher abondamment sans que ce soient de vraies vomiques.

Le 24 octobre l'expectoration a diminué et l'on perçoit à la partie moyenne du poumon un souffle aux deux temps.

Le 14 novembre, souffle lointain, expiratoire avec égophonie au même lieu.

Le 27 novembre, disparition du souffle et de l'égophonie.

Les différentes radioscopies faites ont donné les résultats suivants :

Au début : obscurité complète du poumon gauche dégradée de bas en haut.

Le 24 octobre : obscurité suspendue à contours flous.

Le 7 novembre : au-dessus du diaphragme, deux régions sombres séparées par un espace moins sombre.

Obs. VII. Résumé. Caussade et Deberdt

Il s'agit d'un homme de 24 ans qui au cours d'une affection bénigne et indéterminée voit survenir brusquement, le 7^e jour des accidents inquiétants et entre à l'Hôtel-Dieu.

À l'entrée les symptômes fonctionnels sont ceux d'une pleurésie qui semble confirmée par les signes physiques permettant d'évaluer l'épanchement à 1.800 gr. environ.

Mais plusieurs ponctions exploratrices pratiquées suivant la méthode de Mosny sont négatives, on se rabat sur le diagnostic de spléno-pneumonie.

Nous ne nous attarderons pas sur l'évolution des signes stéthacoustiques. Nous ferons remarquer seulement que l'envahissement pulmonaire se fit de bas en haut, que la régression se fera dans le même sens; que le souffle, l'égophonie, la pectoriloquie aphone étaient localisés au niveau de la partie moyenne.

Les examens radioscopiques répétés donnèrent les résultats suivants :

Au 30^e jour : obscurité de toute la plage pulmonaire droite sans déviation du cœur ni du médiastin. Opacité uniforme dans les 3/4 inférieurs, moins marquée dans le 1/4 supérieur et sans limite nette entre les deux zones.

Au 38^e jour : la base droite moins foncée permet de distinguer le diaphragme, les 3/4 supérieurs du poumon donnent une ombre aussi foncée que celle du foie.

Au 65^e jour : la base s'est éclairée depuis l'examen précédent. Le 1/3 supérieur du poumon s'est éclairé, mais reste plus opaque que la base. Au 1/3 moyen persiste une ombre aussi dense que celle du foie.

Au 103^e jour : opacité allongée le long de la partie externe du poumon, à limites très nettes ayant la forme d'un galet aplati.

Quant à l'expectoration et à la température, elles évoluèrent comme suit :

Le 30^e jour : pseudo-vomique, la température tombe à 37°8 et oscille pendant deux jours entre 38° et 38°2, puis elle remonte pour osciller à nouveau comme précédemment.

Le 39^e jour : expectoration plus abondante, vomique ou pseudo-vomique ? la température qui descendait depuis quelques jours tombe brusquement à 36°4.

Jusqu'au 49^e jour, l'expectoration diminue, et la température remonte, peu élevée il est vrai, oscillant entre 37° et 38°4.

Le 49^e jour : expectoration abondante, muco-purulente qui dure jusqu'au 59^e jour, et pendant tout ce temps, la température reste aux environs de 37°.

Mais à partir du 59^e jour et jusqu'au 64^e jour, il se fait probablement un peu de rétention, car bien que l'expectoration soit toujours abondante, la température remonte et oscille entre 36°8 et 38°8.

Jusqu'à la fin de la maladie, la température demeure normale ou peu élevé, sans oscillations.

On voit donc à chaque expectoration abondante, une chute plus ou moins brusque, plus ou moins sensible de la température, qui remonte et oscille à nouveau quand l'expectoration cesse.

Quand aux caractères microscopiques de l'expectoration, de séro-épithéliale qu'elle était au début, elle se montra ensuite à prédominance de polynucléaires plus ou moins altérés.

Ces observations sont probantes, la spléno-pneumonie existait, mais derrière elle se cachaient des pleurésies purulentes enkystées qu'il fallait dépister.

Obs. VIII. — Personnelle.

Recueillie dans le service de M. le Professeur FOLLET

René N..., 14 ans.

Vu à l'hôpital le 12 mai 1923.

Antécédents héréditaires. — Aucun.

Antécédents collatéraux. — Aucun.

Antécédents personnels. — Au mois d'août 1922, l'enfant avait déjà ressenti une douleur dans la région sous-claviculaire gauche, douleur continue, sans exacerbation, non influencée par les mouvements et les inspirations profondes. Elle ne dura d'ailleurs qu'une journée pour ne plus reparaitre.

Au mois de décembre, avait une trachéo-bronchite, un petit rhume léger, quand les vacances vinrent et le malade partit à la campagne avec ses parents.

Le 2 janvier, il fut pris subitement d'une douleur vive, d'un point de côté, siégeant à la base gauche, sur la ligne axillaire ; cette douleur continue dura quelques heures.

Mais les parents inquiets conduisirent l'enfant au médecin le plus proche.

Celui-ci étant absent, ils durent attendre l'heure de la consultation, et pendant ce temps, ils déjeunèrent.

Ce fut alors que se produisit le premier accident remarquable. Pendant le dîner, sans que rien pût le faire prévoir, le petit malade se mit à tousser et cracha une vingtaine de crachats « de sang », dit-il.

Les crachats furent montrés au médecin, qui ayant ausculté l'enfant, diagnostiqua une pneumonie.

Ce diagnostic, laisse à présumer que déjà à cette époque, existait une matité où un souffle, peut-être les deux. Ne pourrait-on pas même conclure qu'il existait une matité localisée, peut-être suspendue ? Logiquement oui !

Ces crachements de sang cessèrent immédiatement, et le petit malade revint avec ses parents à Rennes.

Quatre ou cinq jours après le premier accident, et de la même façon, se produisit une nouvelle alerte, avec expectoration pendant quelques heures de crachats rosés.

Puis nouveau répit pendant huit jours, et enfin reprise de l'expectoration pendant la continuité d'un mois.

Pendant cette période toutefois, l'enfant était pris de temps en temps de points de côté, toujours situés à la base du thorax, sur la ligne axillaire gauche. La douleur était

continue, sans exacerbation, mais obligeant le malade à s'aliter. Sa durée était de deux jours (le troisième, l'atténuation du symptôme douleur permettait le lever), et pendant ces deux jours l'expectoration sanglante faisait régulièrement place à des crachats muco-purulents peu nombreux.

Ceci nous conduit au 16 février.

A cette époque, les parents conduisirent leur enfant à un médecin, qui leur dit que c'était comme s'il avait reçu « un coup de poing sur le nez », d'où visite à un spécialiste, qui après plusieurs examens, conclut que le sang venait du pharynx, et prescrivit un traitement.

Enfin, aucune amélioration dans la symptomatologie locale objective ne se faisant sentir, le malade est conduit au Dr Pellé qui le fait venir à l'hôpital.

Depuis le 15 février, jusqu'à ce jour, l'enfant a craché peu de sang pur, mais surtout des crachats rosés. Le point de côté est revenu, de temps en temps, accompagné chaque fois de crachats muco-purulents, et se montrant surtout aux changements de temps.

Etat actuel. — Etat général excellent. Adiposité marquée. Teint légèrement pâle avec décoloration des gencives et des conjonctives:

L'appétit est bon, et le sommeil excellent, sauf les quintes de toux.

L'enfant a bon moral, joue avec plaisir, et courrait volontiers s'il ne craignait de provoquer la toux et la dyspnée.

Examen local. — A l'inspection, on note une adiposité marquée, une dyspnée légère, pas de déformation thoracique.

A la palpation, les vibrations thoraciques sont mal perçues, par suite de l'interposition du pannicule adipeux; toutefois elles sont moins sensibles à la base gauche. Le signe du cordeau de Pitres est négatif.

A la percussion, à gauche et en arrière, on trouve de la sub-matité dans le 1/3 supérieur, de la matité dans les 2/3

inférieurs, en avant matité totale sauf pour l'espace de Traube qui est très sonore ; à droite, en avant, et en arrière, sonorité normale.

A l'auscultation, à gauche, en avant et en arrière, le murmure vésiculaire est diminué dans le 1/3 supérieur, aboli dans les 2/3 inférieurs ; dans le 1/3 supérieur, on entend des râles sous-crépitaux fins et des frottements, au 1/3 moyen, on perçoit un souffle expiratoire, de la broncho-égophonie de la pectoriloquie aphone ; dans le 1/3 inférieur, de légers frottements, brefs, superficiels sont produits par les inspirations profondes. A droite, le murmure vésiculaire est normal, la respiration est puérile, il n'y a pas de bruits adventices.

Examen des crachats. — *Macroscopique.* — Crachats blancs grisâtres avec quelques stries sanguinolentes. Dans le crachoir se partagent en deux couches : Inférieure : puriforme ; supérieure : eau sale grisâtre.

Microscopique. — Nombreux polynucléaires, fibrine, rares microbes : pneumocoques, staphylocoques, Pas de B. K.

Cultures. — Ensemencement sur gélose ascite, il pousse du staphylocoque blanc et doré.

Ponctions. — Répétées trois fois, superficielles et profondes, toutes négatives.

Inoculations. — Une inoculation est faite au cobaye.

Radioscopie. — Au gauche. — Opacité homogène et totale sur toute la hauteur du poumon. Les mouvements du diaphragme sont abolis. Grosse bulle gazeuse stomacale.

A droite. — Image radioscopique normale.

Pas de déviation du cœur ni du médiastin.

Jusqu'au 17 mai, la maladie évolue comme par le passé. Pendant cette période, chaque jour les crachats sont examinés ; macroscopiquement : parfois, ils ont l'aspect que nous avons déjà décrit, d'autres fois, la couche inférieure est couleur chocolat clair, la couche supérieure eau sale ; microscopiquement : on trouve les mêmes éléments ; des colorations suivant la méthode de M. le professeur Bezançon

montrent en plus : du mucus non différencié, des globules rouges relativement nombreux, pas de cellules alvéolaires ni bronchiques. De nombreuses homogénéisations n'ont jamais permis de déceler de B. K.

Pendant ce temps, les signes physiques n'ont pas varié.

Le 17 et les jours suivants, le malade fait une poussée congestive du lobe supérieur gauche avec au sommet les signes physiques suivants : matité ligneuse, abolition complète de la respiration en avant et en arrière, double souffle expiratoire et inspiratoire, aucun râle. La température monte à 39 et oscille faiblement. Le 20, les signes physiques reviennent à l'état antérieur.

Le 23 et le 25, ayant préparé un auto-vaccin, on en fait au malade 1/3 cm³. Chacune de ces injections se traduit par une légère ascension thermique.

Le 25 mai, une radioscopie ne montre aucun changement de l'image.

Le 27, le malade fait une vomique caractéristique de 3/4 de litre, la température qui était la veille à 38°6 tombe brusquement à 36°8-36°6.

Le 28, les signes physiques sont modifiés comme suit :

Poumon gauche : en arrière : percussion : sub-matité de 1/3 supérieur, matité dans les 2/3 inférieurs ; palpation : les vibrations thoraciques sont perçues dans le 1/3 supérieur, abolies partout ailleurs ; auscultation : murmure vésiculaire affaibli, mais perceptible et accompagné de râles et de frottements pleuraux dans le 1/3 supérieur, au 1/3 moyen on entend un double souffle avec gargouillements, silence absolu dans le 1/3 inférieur. En avant : matité sur toute la hauteur du poumon, abolition du murmure vésiculaire, perception d'un double souffle dans toute la plage pulmonaire avec maximum dans le 1/3 moyen. Poumon droit : normal.

La radioscopie montre que le 1/3 supérieur du poumon gauche s'est éclairci, l'obscurité de la base persiste aussi dense avec un soupçon de limite au niveau du 1/3 moyen,

on ne voit nulle part d'image aérique pouvant faire penser à une cavité vide.

En présence de cette vomique, le docteur Pellé abandonne la vaccinothérapie, et tente un pneumothorax artificiel, qui antérieurement dans un cas d'abcès interlobaire enkysté, lui a donné un excellent résultat.

Ponction dans le cinquième espace intercostal, sur la ligne axillaire. Le manomètre de l'appareil de Kuss ne donne aucune oscillation. On fait de l'aspiration avec une seringue, et l'on retire 5 cm³ d'un liquide puriforme ayant les caractères macroscopiques des crachats. Au microscope on y trouve de très rares microbes (pneumocoques, staphylocoques), et de nombreux polynucléaires très altérés.

À la suite de cette ponction, l'enfant crache un peu de sang pur.

Le 29, on voit une poussée thermique à 38°8, le petit malade crache encore du sang.

Le 30, la température est tombée à 37°2-36°8.

Le 31, on fait un nouvel essai de pneumothorax sans succès, le malade ausculté à nouveau présente un poumon droit normal, et du côté gauche, les signes suivants : la matité et les vibrations thoraciques se perçoivent suivant la même topographie que le 28, au sommet et en arrière, on trouve toujours le murmure vésiculaire affaibli, accompagné de frottement ; au 1/3 moyen on perçoit un souffle expiratoire intense, mais les gargouillements ont disparu ; à la base : silence absolu ; en avant, au sommet, on entend quelques frottements pleuraux ; au 1/3 moyen on entend le maximum du souffle expiratoire s'étendant vers le sommet et vers la base.

Dès le 12 mai, les caractères de l'expectoration nous avaient fait songer à une collection purulente thoracique gauche, la vomique nous a confirmé dans cette opinion.

Notons la chute brusque de la température après la vomique, abaissement qui s'est maintenu jusqu'au 31, et remarquons que les signes stéthoscopiques font penser à une cavité qui s'est vidée, dans laquelle l'air vient barboter,

nous donnant les gargouillements, mais qui rapidement se remplit à nouveau avec la disparition de ces signes acoustiques.

Nous regrettons d'être dans l'obligation d'arrêter là notre observation, la maladie suivant actuellement son cours.

De ces observations, nous pouvons déduire que le clinicien en présence d'une spléno-pneumonie, devra toujours rechercher et soupçonner la pleurésie purulente.

Comment orientera-t-il ses recherches?

Au début, la persistance des signes surajoutés, au niveau de la partie moyenne du poumon, de la scissure interlobaire, alors que la matité et l'opacité radioscopique ne correspondent pas à ce niveau, devra attirer l'attention (obs. VI, VII, VIII).

Que l'on essaie alors les ponctions exploratrices profondes, dans les cas heureux, on retirera du pus, et le diagnostic sera assuré. (obs. V).

Mais l'absence de pus ne doit pas faire rejeter l'abcès enkysté (obs. VI et suivantes).

Observons l'évolution et faisons de fréquentes radioscopies.

Au début, il n'y a pas d'expectoration, puis celle-ci se montre et devient plus ou moins abondante. Parfois, c'est une véritable vomique caractéristique qui tranche le diagnostic (obs. V).

Sinon, notons l'influence de l'expectoration sur la température. Pas d'expectoration, la courbe thermique oscille. L'expectoration apparaît, deux éventualités : 1° la température fléchit, mais sans présenter un abaissement, je dirai, brutal ; 2° la température tombe brus-

quement et demeure proche de la normale pendant un temps plus ou moins long (obs. VIII). .

Comme le fait ressortir le docteur Caussade, ceci est d'importance capitale.

Dans le premier cas, nous n'avons observé que des pseudo-vomiques imputables à une spléno-pneumonie non compliquée ou au facteur spléno-pneumonie ; dans le second cas, ce sera une vomique vraie, dénotant une collection purulente qui s'évacue (obs. VII).

La radioscopie de son côté, montrera l'évolution des lésions pulmonaires, et si à un moment on voit à l'écran une opacité pulmonaire suspendue, surtout si cette ombre correspond au trajet scissural, on sera en droit de conclure qu'il existe là une masse non aérée, imperméable à l'air, solide ou liquide, probablement une pleurésie enkystée (obs. VI et VII). Si, d'autre part, les lésions se sont montrées à l'écran, s'étendant petit à petit, de bas en haut pour disparaître dans le même sens, il semble que l'on sera en droit de poser le même diagnostic.

Enfin, l'examen microscopique de l'expectoration donnera de précieux renseignements.

Dans la spléno-pneumonie, nous l'avons vu, l'expectoration apparaît, lorsque les alvéoles oblitérés se débloquent, et elle est uniquement constituée par des cellules épithéliales, accompagnées des microbes en cause, le tout sur un fond de mucus. Dans la pleurésie enkystée, c'est à un moment donné du pus qui est évacué, et le champ du microscope sera couvert de polynucléaires plus ou moins altérés. Lorsque les deux processus se

superposent, on retrouvera ces caractéristiques dans l'expectoration (obs. VII).

Pratiquement, que le praticien en présence d'une spléno-pneumonie ne se hâte pas de conclure, qu'il observe constamment et minutieusement son malade, qu'il soit à l'affût de la vomique parfois difficile à distinguer, qu'il fasse prendre la température et qu'il compare son évolution avec la quantité des crachats émis, qu'il use de la ponction exploratrice profonde. Le plus souvent, sa persévérance et son attention auront leur récompense dans la possibilité d'un diagnostic certain. Que les plus favorisés, n'oublient pas que le laboratoire qu'ils ont à leur disposition peut leur être du plus précieux concours.

SPLENO-PNEUMONIE ET TUBERCULOSE PULMONAIRE EVOLUTIVE

Obs. IX. Due à l'obligeance du D^r PELLÉ.

B...., 34 ans, jardinier.

Antécédents personnels. — Evacué pour bronchite en août 1916 : durée 1 mois.

Evacué pour bronchite en octobre 1917 : 2 mois d'hôpital.

Hospitalisé pour bronchite en décembre 1918, pendant 2 mois.

Depuis sa démobilisation, de fréquentes poussées de bronchite l'obligent de temps en temps à prendre quelques semaines de repos. Il a eu 4 ou 6 crises d'asthme depuis cette époque.

Début de la maladie le 20 décembre 1921, point de côté violent à la base gauche, toux, dyspnée, fièvre à 39°5 ; on dia-

gnostique une congestion pulmonaire de la base gauche. Ce diagnostic est modifié au bout de trois jours, car apparaissent les symptômes d'épanchement pleural. Le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic : « Pleurésie gauche avec bronchite suspecte ».

A son arrivée, des ponctions exploratrices donnent une sérosité rouge ; pourtant les signes d'épanchement sont nets. En plus, on décèle dans les deux poumons des râles ronflants et sibilants.

Après un séjour de 8 jours à l'hôpital, nouvelle poussée fébrile avec température variant de 38°5 à 39°5; toux quinteuse, expectoration très abondante, gommeuse, le malade remplit deux crachoirs par jour, dyspnée intense, douleur violente à la base gauche. L'état général est mauvais, vomissements fréquents..

Les signes d'épanchement persistent. La durée est de 16 jours, puis ils régressent pour disparaître au bout de trois semaines. Le malade reprend rapidement du poids, et semble actuellement guéri.

Différents examens bactériologiques des crachats n'ont jamais décelé de B. K.

Examens radioscopiques. 15 janvier 1922. Opacité homogène de la moitié inférieure du poumon gauche. Le sinus costo-diaphragmatique est légèrement aéré, mais les mouvements de l'hémi-diaphragme sont abolis.

27 janvier 1922. Diminution de transparence légère du 1/3 inférieur avec diaphragme peu mobile, mais zone sus-diaphragmatique et sinus costo-diaphragmatique à transparence à peu près normale.

Obs. X. Due à l'obligeance du Dr PELLÉ.

P. B..., garçon de laboratoire, 44 ans.

Antécédents personnels. — Hospitalisé deux fois pendant la guerre pour bronchite suspecte, il reste chaque fois trois mois à l'hôpital.

Début le 23 décembre avec les mêmes symptômes que dans l'observation précédente.

Les ponctions exploratrices sont blanches. La température très élevée au début (39°-40°) se maintient entre 38° et 39° pendant trois semaines. Toux, expectoration abondante, dyspnée intense. On trouve tous les signes d'épanchement.

Les différents examens de crachats n'ont jamais décelé de B, K.

L'examen radioscopique fait le 9 janvier 1922 montre une opacité homogène du 1/3 inférieur du poumon gauche limité par une courbe analogue à la courbe de Damoiseau.

L'amélioration ne survient qu'après cinq semaines, la sonorité reparait peu à peu avec les vibrations, pendant que le souffle, la pectoriloquie aphone, l'égophonie disparaissent.

Actuellement il n'existe qu'une légère diminution de la respiration avec quelques sous-crépitaux dans le 1/3 inférieur du poumon gauche.

Obs. XI Due à l'obligeance du Dr PELLÉ.

D..., 17 ans, garçon de magasin.

Antécédents personnels. — Aurait eu plusieurs bronchites de 10 à 13 ans. Grippe en 1918 avec angine.

Début le 8 décembre 1921 : point de côté à la base droite, céphalée, dyspnée, frissons, toux sèche avec température à 40°. Son médecin parle de « pneumonie » puis de « pleurésie ».

Le malade reste quelques semaines au lit; la température persiste, son état ne s'améliore pas, il se fait hospitaliser.

Il persiste à son entrée un faciès anémié (c'est son teint habituel) avec état général médiocre. Il a des signes d'épanchement nets à la base droite : matité, diminution marquée des vibrations, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone avec quelques sous-crépitaux fins.

Des ponctions exploratrices ne ramènent aucun liquide.

Le malade ne crache pas, on le fait expectorer avec de l'I. K. On n'a jamais trouvé de B. K.

L'image radioscopique rappelle à peu près celle d'un épanchement liquidien, à noter une rétraction assez marquée de l'hémithorax droit.

Actuellement (avril 1922), la fièvre a disparu, l'état général s'améliore et les signes stéthacoustiques se sont considérablement améliorés.

Que M. le docteur Pellé nous permette de reproduire ici, in-extenso, les commentaires dont il accompagne ces observations :

« Grancher a signalé, il y a déjà longtemps, la spléno-pneumonie comme forme évolutive de la tuberculose pulmonaire. Rist et Ameuille, dans un article récent, pensent que cette spléno-pneumonie tuberculeuse, ne serait qu'une pneumonie vraie qui semble être la forme évolutive la plus habituelle de la tuberculose pulmonaire. Mais, dans tous les cas, on retrouve toujours le bacille de Koch dans l'expectoration quand on sait le rechercher avec suffisamment de tenacité.

Nous avons, dans les trois observations précédentes, fait de nombreux examens bactériologiques des crachats ; à des périodes différentes de l'évolution, mis en œuvre l'homogénéisation et nous n'avons jamais pu caractériser le B. K.

Pourtant, les antécédents (bronchites récidivantes), les symptômes généraux, les symptômes physiques, la longueur de l'évolution nous portaient à songer à la tuberculose pulmonaire.

Mais l'absence de B. K., l'évolution vers la guérison, avec régression importante des symptômes cliniques et radiologiques, l'amélioration de l'état général, ne nous autorisent pas à nous arrêter au diagnostic de « tuberculose pulmonaire ».

Ces malades, suivis depuis bientôt deux ans, n'ont jamais présenté d'accident et conservent un état de santé florissant. »

Et le Docteur Pellé conclut qu'il s'est trouvé en présence de spléno-pneumonies aiguës, guérissant sans séquelles importantes.

Ajoutons à ces considérations celles que M. le docteur Caussade formulait à l'occasion de l'observation que nous avons antérieurement résumée (obs. VII).

Cet auteur, fait les distinctions que nous avons rapportées antérieurement entre les pseudo-vomiques, expectorations de la spléno-pneumonie pure et les vomiques plus ou moins abondantes, mais vraies et manifestement purulentes des spléno-pneumonies accompagnant une pleurésie purulente enkystée ou un foyer pulmonaire tuberculeux cortical ou précisuraire.

Dans le cas où il soupçonne la tuberculose, l'observateur doit être à l'affut de la vomique, car les B. K. que l'on n'a pu trouver dans les crachats précédents peuvent être évacués au décours, à la fin de l'évolution de la spléno-pneumonie dans l'expectoration plus abondante qui se produit alors.

MM. Rist et Ameuille, M. Caussade et M. Pellé ont donc à ce point de vue des opinions concordantes.

Remarquons, ici, qu'il est peut-être regrettable, que dans les observations que nous venons de rapporter, on n'ait pas fait d'inoculation au cobaye.

Pratiquement, nous reviendrons à la ligne de conduite que nous avons antérieurement préconisée, ligne de conduite conseillée par MM. Mosny et Malloizel; mieux que nous ils sauront exprimer ce que le praticien doit faire :

« En résumé, disent-ils, en présence d'un malade atteint de spléno-pneumonie, on doit s'entourer de tous les renseignements ayant trait au début de l'affection, au passé pulmonaire du sujet; on doit suivre journellement et en détail, par tous les moyens ordinaires, la marche de la maladie. On doit ausculter les sommets tous les jours quand cela est possible, inoculer le liquide de ponction, examiner les crachats. Au cas où ces divers moyens ne révèlent rien en faveur de la tuberculose, on doit quand même, pendant la

convalescence et après la guérison suivre de près le malade, l'examiner soigneusement de temps à autre, car les signes de la tuberculose peuvent n'être perceptibles qu'au bout d'un temps plus ou moins long. »

A l'appui du bien fondé de ces conseils, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ci-après le résumé d'une observation due à M. le professeur Bezançon :

Observation XII

Il s'agit d'un homme de 45 ans, soigné à trente-deux ans pour une tuberculose avec lésion du sommet droit ; à la suite d'une cure dans un sanatorium, il guérit et engraisse de 25 kgs (pèse 90 kgs). Il se surmène et est pris d'un point de côté gauche avec fièvre apparente.

A ce moment, on lui trouve une matité absolue dans toute la partie inférieure du poumon gauche, du silence respiratoire, tandis qu'à la partie moyenne, il existe un souffle à caractère inspiratoire tubaire et expiratoire pleural. De plus, il existe à ce niveau des râles sous-crépitants disséminés par petits amas.

Les jours suivants, l'état général reste sérieux, la fièvre continue. Les signes sont mobiles, tantôt les râles sont nombreux, tantôt ils disparaissent et on ne trouve plus que du silence respiratoire. Tous ces phénomènes ont un caractère d'acuité tel que l'on porte le diagnostic de congestion pulmonaire ou pneumonie vraie.

Cependant, on ne note pas d'expectoration notable. Au 10^e jour, la défervescence ne se produit pas, et on craint l'apparition d'une pneumonie caséuse. En effet, l'état général reste grave, sans modifications pulmonaires appréciables, sauf les petites variations journalières que nous avons signalées.

Pendant trois semaines aucun changement ne se produit. A ce moment la température baisse un peu, pendant une semaine et reste à 39°. Il y a une légère détente des signes généraux, sans modification des signes locaux.

Puis la température descend à 38°5, pendant 8 à 10 jours.

Il reste toujours des râles sous-crépitaux, plus nombreux, plus humides, le souffle a disparu, l'appétit est revenu ; à ce moment, nouvelle chute de la température à 37°6, qui se maintient pendant 8 à 15 jours, les signes locaux continuent à s'améliorer.

Le poumon redevient perméable à l'air, la matité diminue. Sept semaines après le début des accidents, la température est revenue à la normale, A ce moment, le malade a légèrement maigri, présente toujours de la sub-matité dans toute la hauteur du poumon gauche, avec de la matité à la partie moyenne. La respiration s'entend du sommet à la base, mais il reste du silence au niveau de la partie mate avec des râles sous-crépitaux persistants.

Ce foyer de râles persistera pendant des mois avec état général excellent.

Le malade guéri allait partir à la campagne, quand il fait subitement une hémoptysie qui inoculée au cobaye, le tuberculise.

Le malade se remet tout en conservant des râles pendant deux ans, le silence respiratoire au niveau de l'ancien foyer continuant à persister.

Pendant tout ce temps, le malade n'a presque pas craché.

Quatre ans après le début de la maladie, le malade est gros, gras, bien portant, mais a fait depuis de la tuberculose épидidymaire, prostatique et vésicale.

Voici un magnifique exemple, illustrant les règles énoncées par MM. Mosny et Malloizel.

Toutefois, si nous ne croyons pas, que dans les cas semblables à ceux que nous avons rapportés (obs. IX, X, XI), il soit possible d'affirmer, malgré les apparences, la nature tuberculeuse du processus, nous ne pensons pas non plus, que par les moyens que nous possédons actuellement la cuti-réaction comprise qui, même positive, ne permet pas de conclure quant à la nature de

la maladie en cours il soit possible de la rejeter, et en cela, nous sommes de l'opinion de M. le professeur Bezangon, croyons-nous.

En définitive, pour nous, dans la plupart des cas, c'est-à-dire, quand le malade ne semblera présenter dans ses antécédents, aucune atteinte tuberculeuse nette, quand l'évolution de la maladie n'aura fourni aucun indice permettant son orientation dans ce sens, mieux vaut avouer une impuissance, que nous croyons réelle, à porter un pronostic sûr et attendre, sans perdre de vue notre patient, ce que l'avenir lui donnera.

SPLENO-PNEUMONIE

ET PNEUMONIE LOBAIRE AIGUE FRANCHE

Nous ne voulons parler ici que de la pneumonie aiguë vraie.

La spléno-pneumonie ressemble plus à une pleurésie qu'à une pneumonie, le diagnostic est en général facile, et nous n'en parlons ici que par suite des erreurs commises au début de l'affection dans deux des observations que nous rapportons. (obs. VIII et obs. XI).

Dans les deux affections, le début n'est pas le même, dans l'une en particulier on a le frisson solennel, pathognomonique, dit-on, de la pneumonie ; dans l'autre, ce sont des frissons répétés.

Les caractères de la toux peuvent se retrouver les mêmes dans les deux affections. La dyspnée peut être dans les deux cas intense, et l'apparence générale du

sujet, le faciès en particulier, ne comporte aucun signe distinctif.

Mais dans la pneumonie, dès le début la fièvre monte à 40° et s'y maintient pendant tout le cours de la maladie, avec légère défervescence matutinale, alors que dans la spléno-pneumonie, la fièvre oscille irrégulièrement.

Un autre signe différentiel très important se trouve dans le crachoir. Les deux ou trois premiers jours de la pneumonie, se passent sans expectoration, mais alors apparaissent des crachats, qui d'abord sucre d'orge, deviennent rouillés, rouge brique, coloration qui ne se présente jamais dans la spléno-pneumonie.

Les signes physiques fourniront enfin d'utiles renseignements :

Dans la pneumonie, la matité sera le plus souvent suspendue, et entourée de sonorité normale. A son niveau, les vibrations thoraciques seront exagérées, deux caractères inverses de ceux de l'affection qui nous occupe.

Enfin, dans la pneumonie aiguë, on aura au niveau de la plus grande matité, un souffle tubaire, entouré de râles à bulles fines, inspiratoires, râles crépitants. Lorsqu'on fera parler le malade, on trouvera la transmission de la voix exagérée, la voix sera mieux perçue au niveau du bloc hépatisé bon conducteur du son.

Les caractères propres au souffle ne sauraient servir à le différencier de celui de la spléno-pneumonie qui peut être à timbre tubaire, mais dans cette dernière maladie, le maximum du souffle siège, non au centre de la matité, mais vers le point où celle-ci fait place à la sonorité où à

la sub-matité. De même pour les autres signes surajoutés accompagnant le souffle.

Même si jusque vers le 6^e ou 7^e jour on hésite encore, à cette époque, on pourra voir la fièvre tomber plus ou moins brusquement, parfois en lysis. En même temps, l'état du malade s'améliore notablement. Il n'y a pas de spléno-pneumonie à évolution si-courte, on pourra affirmer alors, que l'on a eu affaire à une pneumonie aiguë franche. .

Si la pneumonie doit évoluer vers l'hépatisation grise, les crachats deviendront jus de pruneaux, l'état général sera extrêmement grave, et la mort emportera le patient entre le 9^e et le 13^e jour; la remarque faite plus haut s'applique encore ici.

Au cours de la maladie, le praticien pourra demander à la radioscopie d'assurer son diagnostic, et il verra, au lieu de perception maxima des signes physiques, un bloc sombre, plus ou moins arrondi ou ovalaire, indépendant des trajets scissuraux, entouré de poumon à transparence normale. Rien dans cette image qui rappelle celle de la spléno-pneumonie.

Nous le répétons, quand il s'agit de pneumonie lobaire aiguë franche, et c'est cette forme seule que nous envisageons ici, le diagnostic est facile.

Nous ne croyons pas devoir insister autrement.

SPLÉNO-PNEUMONIE ET KYSTE HYDATIQUE DU POU MON

Le kyste hydratique du poumon est une affection rare dans nos pays, c'est précisément pour cette raison qu'il

pourrat, à un examen superficiel, être pris pour une spléno-pneumonie.

Les cas ne sont pas rares, en effet, où de semblables erreurs ont été faites, dans la thèse de Bezou, nous retrouvons un cas rapporté par M. le professeur Potain, dans lequel, un kyste hydatique fut diagnostiqué « Pleurésie purulente consécutive à une congestion pulmonaire d'origine grippale ».

En 1922, un auteur anglais, Douglas Fairley, a publié, dans : *The Medical Journal of Australia*, l'analyse de 33 cas de maladie hydatique du poulmon; sur ces 33 cas, on en trouve 7 diagnostiqués « Pleurésie » et un pris pour une « pneumonie ».

En présence de ces erreurs, on peut fort bien concevoir celle qui consisterait à prendre un kyste hydatique pour une spléno-pneumonie ou inversement.

En effet, voici un malade qui, depuis quelque temps, présente une toux sèche, quinteuse, sans expectoration ou avec crachements de sang, il a eu, il a encore un point de côté, peut-être à un moment a-t-il vu un médecin qui a diagnostiqué une pleurésie. Il peut, au moment où il vient nous voir, présenter un peu de température, peut-être, malheureuse coïncidence, une légère infection intercurrente pourra-t-elle lui donner quelques frissons, un léger état infectieux. Le sujet est dyspneïque et l'attention est attirée du côté de l'appareil respiratoire.

On trouve une légère voussure à la base, la matité est de bois mais avec une limite supérieure nette, les vibrations thoraciques sont abolies, le silence respiratoire est absolu, il se peut même que l'on trouve un souffle. On

ponctionne, le résultat est négatif. Nous voici donc en présence d'un syndrome pseudo-pleurétique net, il n'y a qu'un pas à faire pour conclure à une spléno-pneumonie.

On met le malade en observation et voici que sans aucune cause apparente, la dyspnée, la fièvre, le point de côté subissent une exacerbation. Ceci cadre encore avec l'évolution d'une spléno-pneumonie.

La maladie évolue encore quelques jours avec une fièvre oscillante et, brusquement il se produit une vomique cataclysmique.

Alors, les symptômes physiques changent et l'on hésite entre caverne pulmonaire et pleurésie enkystée avec vomique.

Nous ne pouvons, malgré nos recherches donner ici d'observation probante, mais nous sommes convaincu qu'un cas semblable à celui que nous imaginons peut fort bien, à quelques variantes près, se présenter dans la pratique.

Sur quoi se basera-t-on pour affirmer : kyste hydatique ou spléno-pneumonie et instituer le traitement essentiellement différent convenant à chacune de ces entités ?

Au début, il faudra se méfier de cette symptomatologie traînante, de cette toux, de ce point de côté qui durent depuis de longs mois, avoir à l'esprit le début brusque, inopiné de la spléno-pneumonie. On attachera, de plus, une grande importance aux hémoptysies répétées que le malade peut avoir eues.

Nous mettrons le malade en observation, nous noterons la température, nous avons supposé qu'elle existait,

mais à moins d'une affection grave, qui alors aurait toutes chances de ne pas passer inaperçue, nous ne trouverons pas cette température élevée,* irrégulière et oscillante de la spléno-pneumonie.

Nous ferons une ponction exploratrice superficielle, elle peut donner du liquide consécutif à une légère réaction pleurale, ou même du liquide du kyste, si celui-ci est très superficiel et alors la spléno-pneumonie sera écartée, supposons qu'elle ne donne rien. Peut-être ferons-nous des ponctions profondes, le kyste étant volumineux, nous aurons toutes chances de retirer un liquide eau de roche, dans ce cas le diagnostic sera fait et confirmé par la recherche des crochets d'échinocoque. Remarquons que cette ponction d'un kyste hydatique n'est à conseiller que comme dernier moyen de diagnostic, des accidents graves et la mort ayant pu s'en suivre.

Si toutes les méthodes jusqu'ici employées n'ont donné aucun résultat, faisons une radioscopie. Nous verrons une zone opaque, fondue avec le diaphragme si le kyste siège à la base, nettement limitée vers le haut, à contour à tendance curviligne, convexe vers le sommet, le reste de la surface pulmonaire ayant une transparence normale, à moins d'un processus surajouté. Le kyste, par son volume pourra avoir produit une déviation du cœur et du médiastin. Ceci n'est pas le diagramme radioscopique d'une spléno-pneumonie.

Tout cet examen critique des symptômes orientera le diagnostic.

Pour mieux l'assurer, recherchons dans les antécédents du malade les poussées d'urticaire, recherchons l'éosino-

philie sanguine, la réaction de Weinberg, toutes choses qui, positives, éliminent la spléno-pneumonie.

Le malade a trop attendu et avant que nous ayons pu étiqueter son affection, il fait une vomique. Le microscope dans ce cas nous donnera la clef du diagnostic, en nous montrant des crochets d'échinocoques ou leur absence.

Notons toutefois que dans l'observation XXI de la thèse de Bezou, rapportée par M. le professeur Potain, la limite supérieure du kyste manquait de netteté et, d'autre part, dans la vomique, il avait été impossible de trouver des crochets.

Nous concluerons de cet exposé, qu'en présence d'un syndrome pseudo-pleurétique faisant penser à une spléno-pneumonie mais à symptomatologie subjective atypique, on doit, si l'examen physique montre une limite nette de la matité et l'absence de tous bruits adventices dans cette zone, songer à la possibilité d'un kyste hydatique. Alors on recherchera l'éosinophilie sanguine, la réaction de fixation du complément, on recourra à la radioscopie. Si l'incertitude subsiste on pourra faire une ponction profonde. Dans la vomique, si elle se produit, on recherchera les crochets d'échinocoques.

SPLÉNO-PNEUMONIE ET COLLECTIONS SOUS-DIAPHRAGMATIQUES

Observation XIII. Due à l'obligeance du D^r PELLÉ.

P..., 23 ans, cultivateur.

Réformé pour : « Atonie gastro-intestinale avec spasme pyloro-duodéal et otite suppurée chronique »,

Est traité depuis quelques mois pour troubles gastro-hépatiques.

Le 5 mars 1920, il est pris subitement d'un point de côté violent à la base droite, exaspéré par la toux ; dyspnée intense ; toux sèche, quinteuse, vomissements bilieux et ballonnement épigastrique.

Température 39°-40° avec transpirations abondantes.

Ces symptômes se calment au bout de 8 jours, la température reste élevée. Un examen radioscopique fait penser à une collection purulente sous diaphragmatique.

Le malade est adressé à un chirurgien pour intervention. Ce dernier pratique des ponctions avec des trocarts de différents calibres et toutes restent négatives. Le malade entre dans un service de médecine.

Il tousse peu, expectoration peu abondante. Se plaint surtout de douleurs à la base droite ; il est dyspnéique et la température varie entre 38°5 et 39°5, pendant plus d'un mois.

L'examen clinique montre une matité avec abolition du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques dans le 1/3 inférieur du poumon droit ; un souffle à timbre pleurétique expiratoire, de l'égophonie avec pectoriloquie aphone..

De nouvelles ponctions exploratrices ne donnent aucun résultat.

Les examens répétés des crachats n'ont jamais révélé de B K.

L'examen radioscopique fait le 4 avril montre une obscurité de la base droite sur le 1/3 inférieur, se confondant avec le diaphragme qui est immobile. Le reste du poumon est de transparence normale.

Ces symptômes ne commencent à regresser qu'au bout d'un mois et demi.

Le malade sort de l'hôpital après un séjour de 3 mois et demi. L'état général est considérablement amélioré, il se plaint seulement d'une légère dyspnée.

Revu en août 1921, il présente encore de la sub-matité avec diminution de la respiration, une légère pectoriloquie

apphone et de la broncho-phonie avec quelques sous-crépitations moyens dans le $\frac{1}{3}$ inférieur du poumon droit.

La radioscopie montre une base droite redevenue à peu près transparente avec des mouvements diaphragmatiques limités. Les sinus costo-diaphragmatique s'éclaire mais reste mousse, Il existe deux ombres sous forme de bandes au-dessus du diaphragme.

Le 29 octobre. Plus de bruits adventices, légère sub-matité.

Le malade a repris 15 kilogs depuis le mois de mai. La guérison semble complète après six mois.

Obs. XIV. Due à l'obligeance du Dr PELLÉ.

D..., 22 ans, cultivateur.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels notables.

A séjourné un an en Sicile où il a contracté la dysenterie en octobre 1920, pour laquelle il est resté 19 jours à l'hôpital.

Nouvelle diarrhée dysenteriforme fin novembre ; il séjourne une semaine à l'hôpital.

Rapatrié en décembre 1920, il prétend avoir eu en avril 1921 une crise de diarrhée avec coliques de peu de durée.

Il est réformé en septembre 1921 pour « entérite avec gros foie, grosse rate et frottements pleuraux ».

Le 20 septembre, le malade est pris d'un point de côté violent avec dyspnée et toux ; température élevée. L'expectoration est faible.

Le 17 septembre, il crache abondamment ; il semble que ce soit une vomique.

Quinze jours après survient une nouvelle vomique plus abondante. Le malade reste fébrile et se plaint d'un point de côté à la base droite. Le 30 octobre, il crache à nouveau ; les crachats sont purulents et colorés de sang.

Il entre à l'hôpital le 3 octobre avec un état général mauvais, toux, expectoration contenant de nombreux polynucléaires et des hématies en grande quantité. Pas de B. K.

Matité assez marquée à la base droite, diminution importante du murmure vésiculaire et des vibrations, broncho-égophonie nette, pas de pectoriloquie aphone.

Le bord inférieur du foie ne dépasse pas les fausses côtes.

La température varie de 38° à 39°.

La radioscopie montre une opacité marquée du 1/3 inférieur du poumon droit ; cette ombre a une limite supérieure représentée par une courbe légèrement convexe vers le haut. Le sinus costo-diaphragmatique est opaque.

Une intervention chirurgicale est faite le 9 novembre 1921 pour l'évacuation de l'abcès du foie présumé.

On accède au foie par la voie costo-pleurale postérieure : résection des 9^e et 10^e côtes, pneumothorax. Des ponctions répétées dans la région hépatique suspecte n'ont donné aucun résultat.

Le malade d'ailleurs guéri parfaitement et est sorti de l'hôpital, trois semaines après cette intervention avec un état général satisfaisant.

M. le docteur Pellé ajoute : « L'observation a été évidemment incomplète ; nous n'avons pu examiner le malade pendant le premier mois de cette affection et les renseignements fournis sont tout à fait insuffisants. Mais il semble que nous soyons ici encore, en présence d'un cas de spléno-pneumonie, puisque l'intervention chirurgicale n'a décelé ni collection suppurée, ni même la moindre lésion pleurale. »

Voici donc deux observations, dans lesquelles on a songé, probablement par suite du passé des malades, à une affection sous-diaphragmatique, sans soupçonner, tout au moins au début, dans le premier cas, la possibilité du siège sous-diaphragmatique de la maladie.

En présence de tels malades, un syndrome pseudo-pleurétique doit toujours faire penser à la spléno-pneumonie, et de parti-pris, on doit la rechercher.

Comment dans ces cas orientera-t-on le diagnostic ?

Les antécédents des malades seront fouillés, s'ils ne présentent rien, ce sera une raison de plus pour penser à l'affection qui nous occupe, sinon, on trouvera dans leur passé : la dysenterie, des signes d'intoxication hydatique, un syndrome gastro-intestinal, qui orienteront les recherches vers le tube digestif, le foie, l'abdomen d'une façon générale.

On recherchera comment a commencé la maladie en se rappelant le début brusque, brutal de la spléno-pneumonie.

Puis, ayant recherché les signes physiques, ayant fait acte d'enregistreur, on se livrera à une critique serrée des symptômes, d'où sortira peut-être un diagnostic sûr, au moins une forte présomption.

Enfin, le diagnostic orienté, par des ponctions dans certains cas, des recherches coprologiques dans d'autres, des examens microscopiques et biologiques du sang, on pourra dans la plupart des cas l'assurer.

On ne manquera pas de demander à la radioscopie les renseignements qu'elle peut fournir. Dans une étude critique des signes radiologiques des abcès du foie, J.-H. Colanerie les classe en signes de présomption :

- a) Surélévation de la voûte diaphragmatique droite;
- b) Diminution de la mobilité du diaphragme ;
- c) Eclaircissement moindre du sinus costo-diaphragmatique du côté malade.

Et signe pathognomonique : persistance de la régularité et de la teinte obscure d'une bosselure dans l'inspiration ou l'expiration forcée ; l'image radioscopique fournira donc un précieux renseignement.

Notons ici, que dans l'observation XIV, l'opération, inutile en-soi, n'a pas été nuisible au malade, bien au contraire, puisque trois semaines après, il sortait de l'hôpital guéri. Le docteur Pellé, nous l'avons dit, a traité par le pneumo-thorax artificiel un abcès interlobaire avec résultat excellent. Chez le petit malade, dont nous rapportons l'histoire (obs. VIII) on tente le même traitement, peut-être, les bons résultats se multipliant, le pneumothorax pourra-t-il à l'avenir être érigé en méthode thérapeutique dans les suppurations aiguës du poumon.

CONCLUSIONS

1° La spléno-pneumonie est une affection fréquente que nous avons pu diagnostiquer assez souvent.

2° Cette maladie ne peut être différenciée de la pleurésie que par la ponction exploratrice.

3° Son étiologie est variable, par suite son étude bactériologique, base du pronostic, ne sera jamais négligée.

4. Toutefois, si la nature bacillaire de l'affection ne peut souvent être certifiée, la crainte de l'épine irritative tuberculeuse causale, fera porter un diagnostic sans gravité, mais réservé et conduira à une observation longue et minutieuse du malade dans l'avenir.

5° Le diagnostic de la spléno-pneumonie est à faire avec :

a) La pleurésie — par la ponction exploratrice et la radioscopie ;

b) La pleurésie purulente enkystée — par la ponction profonde, la recherche d'une vomique et sa différenciation d'une pseudo-vomique, la comparaison de l'évolution de la courbe thermique par rapport à la quantité de l'expectoration, la radioscopie ;

c) La tuberculose pulmonaire évolutive — par la recherche des antécédents bacillaires, la recherche des B.

K., l'inoculation au cobaye, l'évolution ultérieure du malade;

d) La pneumonie lobaire aiguë franche — par la topographie de la matité, la différence des signes stéthoscopiques, la radioscopie, l'évolution ;

e) Le kyste hydatique du poumon — par les antécédents et la mode de début, les signes d'intoxication hydatique, les ponctions, les recherches de laboratoire ;

f) Les collections sous-diaphragmatiques — par les antécédents et la mode de début, l'étude critique des symptômes, les recherches de laboratoire, les ponctions, la radioscopie.

Le Doyen,
ROGER.

Le président de la thèse,
BEZANÇON

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Ardin Delteil (P.) et Raymond (M.). — *Paris-Médical*, 12 juin 1920.
- Bezançon et S. I. de Jong. — *Annales de Médecine*, mars 1922.
tome III, n° 3.
- Bezou. — Thèse de Paris, 1893. — Les Kystes hydatiques du poumon.
- Barbier (E.). — Thèse de Lyon, 1919. — Contribution à l'étude des symphyses pleurales, tuberculose pulmonaire par réensemencement.
- Braun (P.). — Thèse de Paris, 1911. — Formes cliniques et pathogénie des foyers pneumoniques tuberculeux.
- Brouardel (G.). — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux* 1914.
- Breton et Ducatillon. — *Echo Médical du Nord*, 20 septembre 1908.
- Caussade (G.). — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 14 mars 1899.
- Caussade et Logre (J.-B.). — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 4 avril 1913.
- Caussade et Deberdt (P.). — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, décembre 1921.
- Colanerie (J.-H.). — *Journal d'Electrologie et de Radiologie*, Octobre 1919, n° 9.
- Deberdt (P.). — Thèse de Paris 1922. Spleno-pneumonie et pleu-sie purulente enkystée.
- Ducatillon. — Thèse de Lille, 1908. — De la Spléno-pneumonie à forme prolongée.
- Faisans. — *Bulletin Médical*, 1892, n° 4.
- Grancher (J.). — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux* 1877.
- Grancher (J.). — *Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1884.
- Grancher (J.). — *Maladies de l'appareil respiratoire*. — O. Doin, 1890.
- Logre (J.-B.). — Thèse de Paris, 1912. — Les œdèmes infectieux du poumon, page 138.
- Mosny et Malloizel. — *Revue de Médecine*, nos 11 et 12, 1909; n° 1, 1910.
- Pellé (A.). — *Annales de Médecine*, avril 1922, n° 4.
- Thirollois et Rosenthal. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux*, 5 juillet 1907.
- Sabrazès. — *Semaine Médicale*, 3 avril 1910.
1883, 13 août.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	7
Introduction	10
Symptomatologie	13
Evolution	21
Pronostic	24
Diagnostic	28
Spléno-pneumonie et pleurésies aiguës.....	28
Spléno-pneumonie et pleurésies purulentes enkystées.....	34
Spléno-pneumonie et tuberculose pulmonaire évolutive.....	46
Spléno-pneumonie et pneumonie lobaire aiguë franche.....	58
Spléno-pneumonie et kyste hydatique du poumon.....	58
Spléno-pneumonie et collections sous-diaphragmatiques ...	59
Conclusions	65
Index Bibliographique	67

